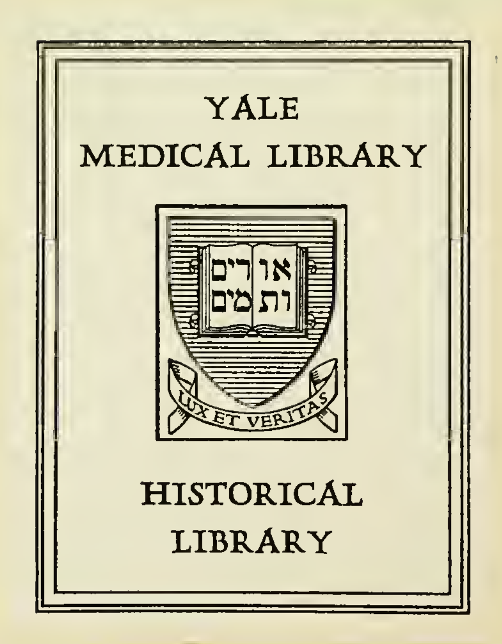

YALE
MEDICAL LIBRARY
אורים
ותמים
LUX ET VERITAS
HISTORICAL
LIBRARY

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE

LA SYPHILIS

CHEZ LES ARABES

PAR LE Dr DAGA

Médecin-Major de 1re Classe à l'hôpital de Lille.

Extrait des Archives générales de Médecine,

numéros d'août et septembre 1864.

PARIS

P. ASSELIN, GENDRE ET SUCCESSEUR DE LABÉ,

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

place de l'École-de-Médecine.

1864

DOCUMENTS

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DE

LA SYPHILIS

CHEZ LES ARABES

Dans les hôpitaux de l'intérieur de l'Afrique, les indigènes des deux sexes viennent avec confiance réclamer les secours de la médecine française. Les fiévreux toutefois se présentent en petit nombre. Pour les affections internes, les Arabes ne se traitent guère ou se traitent fort mal sous la tente, et ils n'arrivent généralement dans nos salles qu'avec des maladies graves, souvent incurables. J'ai vu de ces malheureux porteurs de lésions organiques de l'estomac, du poumon; d'autres atteints de cachexie paludéenne très-avancée, avec hypertrophie énorme du foie, de la rate, venir me demander une guérison rapide que je ne pouvais leur procurer. Après quelques jours de traitement, ils me suppliaient instamment de les laisser sortir pour aller mourir dans leurs gourbis.

Mais, en revanche, les affections externes et chirurgicales, plaies de toutes sortes par instrument piquant, tranchant, contondant, plaies d'armes à feu, morsures de chiens, de chevaux, de sangliers, plaies pénétrantes de la poitrine, de l'abdomen, fractures, etc., ne nous font point défaut.

Les lésions dominantes s'observent du côté de la peau, des membranes muqueuses de la bouche, du pharynx, du larynx, et enfin du côté des os. Ces diverses lésions sont généralement de vieille date. Pour se faire soigner, les Arabes attendent que la surface du corps soit couverte d'ulcères sordides, de croûtes épaisses, que la violence de la douleur les prive de tout sommeil ou les mette dans l'impossibilité absolue de se livrer à leurs occupations; ils profitent aussi de la saison d'hiver et des époques où les travaux des champs sont suspendus.

Nulle part qu'à Tenez je n'avais rencontré une pareille variété de maladies de la peau et des os. L'occasion me parut donc favorable pour en faire l'objet de mes études, mais mon rappel en France m'a mis dans l'impossibilité de poursuivre mon projet.

J'ai commencé mes recherches par le relevé des malades traités dans les années antérieures à mon arrivée et pendant toute la durée de mon séjour dans cette ville. Les documents que j'ai consultés à l'hôpital remontent à 1855 et s'étendent jusqu'à 1861. C'est ce relevé statistique, dans lequel je n'ai compris que les lésions se rattachant à la syphilis, que je me propose d'établir dans ce mémoire.

Ceux de mes collègues qui n'ont suivi que les hôpitaux militaires de France ne peuvent point se faire une juste idée des désordres affreux qu'entraîne après elle la syphilis; aussi cette esquisse rapide ne sera-t-elle pas dénuée de tout intérêt. J'ajouterai qu'à une époque où l'on cherche à dépouiller le mercure d'une de ses plus belles et plus solides prérogatives il n'est peut-être pas inopportun de mettre sous les yeux des médecins le tableau fidèle de la syphilis abandonnée à son libre cours. Je ne puis donc qu'approuver pleinement M. le Dr Ladureau, qui, dans une de ses intéressantes lettres sur la syphilis publiées par la *Gazette des hôpitaux* de 1863, appelle l'attention sur la gravité des accidents observés en Algérie, et conseille aux partisans de la curabilité sans mercure un petit voyage dans les déserts du Sahara.

Dans ces dernières années, nous devons le proclamer, cette maladie a été, du moins pour ce qui concerne l'Europe, l'objet de travaux importants. Aujourd'hui l'origine américaine de la vérole, la dualité du virus chancreux et la transmissibilité des accidents secondaires, semblent être l'expression exacte de l'état de nos connaissances en syphiliographie. Mais, pour compléter cette étude, ne serait-il pas nécessaire de jeter un coup d'œil sur ce qui se passe dans d'autres climats que le nôtre? La syphilis se comporte-t-elle toujours de la même manière dans les diverses parties du monde? Le virus syphilitique introduit dans l'organisme ne subit-il pas d'importantes modifications dans son évolution au milieu de climats opposés, chez les différents peuples, chez les diverses races humaines? Suit-il partout les mêmes lois? Présente-t-il toujours les mêmes symptômes, les mêmes lésions, la même gravité? Ce sont là autant de questions qui n'ont

guère fixé jusqu'à présent, l'attention de nos observateurs modernes et qui pourtant méritent bien une solution.

Je dois dire toutefois que M. Poyet a soutenu récemment, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse sur la syphilis envisagée sous le rapport des mœurs orientales (1). M. le Dr Arnould, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a publié, dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, un travail intéressant sur la lèpre kabyle (2). M. le Dr Lagarde, aujourd'hui en mission en Abyssinie, a prévenu le conseil de santé qu'il a réuni dans un mémoire le résultat de ses investigations sur les manifestations si nombreuses et si variées de la syphilis constitutionnelle, et sur les différences qu'elles présentent suivant les races et suivant les climats. Espérons que nos collègues qui observent en Chine, en Amérique, ce prétendu berceau de la maladie, nous rapporteront de ces lointaines contrées le fruit de leurs travaux.

En Algérie, la première question qui s'offre à l'esprit est de savoir à quelle affection on doit rapporter cette grande variété de lésions osseuses et cutanées qu'on y rencontre : est-ce à la scrofule? est-ce à la syphilis? Je répondrai : à l'une et à l'autre. Mais j'attribue à la dernière une part beaucoup plus large.

La scrofule joue incontestablement un grand rôle dans la pathologie des indigènes; les influences hygiéniques si déplorables auxquelles se trouve soumise l'immense majorité de la population rendent bien compte du développement de cette triste affection. Sous la tente ou sous le gourbis de l'Arabe de la plaine, comme dans les petites maisons des Kabyles, règnent l'humidité, l'encombrement et la misère; ces diverses habitations ne sont, pour la plupart, que des bouges infects où gisent pêle-mêle, dans la plus immonde malpropreté, hommes, femmes, enfants et animaux. Là nul souci de l'aération; la lumière, le soleil, n'éclairent jamais ces sombres réduits; le sol nu, imbibé d'une fétide humidité, ou des nattes sordides, à demi pourries, servent de couchettes. Les vêtements sont de hideux haillons couverts de crasse et vermine; l'alimentation est grossière, le plus souvent insuffisante.

---

(1) Thèse de Paris, 1860, no 34.

(2) *Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, t. VII, 3e série.

C'est en Algérie qu'on trouverait peut-être la confirmation des idées émises par Lugol relativement à l'étiologie de la maladie scrofuleuse. Cet auteur attribue, en effet, une grande influence à l'hérédité ; il admet une relation très-intime entre la santé et la constitution des parents et celles de leurs descendants. D'après lui, les individus atteints de syphilis, ceux qui abusent des plaisirs vénériens, qui se marient à un âge trop tendre, ou qui engendrent à un âge avancé, transmettent à leurs enfants la scrofule. Il accuse même la disproportion d'âge des époux et le peu de sympathie qu'ils éprouvent l'un pour l'autre : toutes ces conditions réunies se rencontrent dans la population indigène.

La scrofule se manifeste chez les Arabes par les symptômes qui la caractérisent ordinairement dans nos climats. On observe l'ensemble des phénomènes attribués à la constitution scrofuleuse. L'engorgement des ganglions lymphatiques, principalement ceux du cou, les abcès froids, les décollements et les ulcères de la peau, les affections profondes et rebelles des paupières, de la cornée, la tuméfaction chronique des articulations, la carie des os spongieux, les tumeurs blanches, sont des accidents qui ne sont pas rares. Je rapporterai également au vice scrofuleux bon nombre de ces lupus de la face qui se présentent surtout chez les femmes arabes et qui se montrent si réfractaires à tous les traitements.

Mais, je me hâte de le dire, ces mêmes lésions de la peau, ces affections des os, s'observent bien plus fréquemment chez des sujets dont l'apparence extérieure, la vivacité du regard, la fermeté des chairs, la vigueur musculaire, ne trahissent nullement l'existence du vice scrofuleux. Il est rare d'ailleurs de voir les scrofuleux parcourir une longue carrière ; ils sont promptement épuisés par l'abondance de la suppuration, par la production de tubercules mésentériques, pulmonaires et osseux, par la diarrhée colliquative, par la fièvre hectique, qui entraîne finalement le marasme et la mort. Chez les indigènes, ces derniers accidents sont plus rares : aussi voyons-nous dans nos salles beaucoup d'hommes avancés en âge, des vieillards même, couverts de vastes ulcérations, avec carie ou nécrose, mais dont la santé générale reste satisfaisante. La syphilis seule, dans ces cas, me paraît avoir l'heureux privilége d'exercer ses affreux ravages sans porter une atteinte trop sérieuse à l'ensemble de la constitution.

Enfin, si l'on considère l'influence du traitement chez la plupart de nos malades, il sera facile de se convaincre du rôle important que joue chez eux la syphilis. Il est généralement reconnu par les bons observateurs que le mercure est plus nuisible qu'utile dans le traitement de la scrofule, on l'a même accusé de produire cette affection. Chez les Arabes, les préparations mercurielles constituent un médicament héroïque et procurent des guérisons rapides et merveilleuses.

L'iodure de potassium, l'huile de foie de morue et le traitement hygiénique, sont, il est vrai, de puissants modificateurs de la syphilis et de la scrofule; mais examinez attentivement leur action dans l'une et l'autre affection, et constatez le résultat définitif. Tous les praticiens connaissent la désolante opiniâtreté de la scrofule. Dans les hôpitaux militaires, on ne néglige aucun moyen pour améliorer la position des malades : régime tonique et analeptique, traitement interne par les amers, l'huile de foie de morue et les préparations iodées, usage des eaux minérales artificielles et naturelles, envoi en convalescence, tout est mis à contribution, et cela pour obtenir des résultats incomplets et très-lents à se produire. La syphilis au contraire, quelle que soit la gravité des accidents, subit, sous l'influence d'un traitement méthodique, une amélioration rapide quand elle ne guérit pas d'une manière radicale. Ce sont ces résultats avantageux, constatés maintes fois en Afrique, qui me permettent d'affirmer que nous avons à lutter le plus souvent contre la maladie vénérienne.

Dans le tableau que je vais donner, j'ai éliminé avec soin toutes les lésions qui devaient être attribuées d'une manière évidente à la scrofule. Qu'après ce triage sévère il ne conserve pas quelques accidents d'un caractère douteux, je n'oserais le prétendre. Mes confrères d'Afrique savent parfaitement combien le diagnostic doit être réservé dans certaines circonstances. Mais je crois pouvoir affirmer qu'à peu d'exception près il représente le chiffre exact des maladies vénériennes traitées à l'hôpital de Tenez de 1855 à 1861 inclusivement. Quelques-uns de mes prédécesseurs, en présence des lésions multiples observées chez leurs malades, se sont contentés de la dénomination de *syphilis* ou d'*ulcérations syphilitiques*. Pour être vrai, j'ai dû, dans mon relevé, conserver cette dénomination assez vague. Je suis porté à admettre qu'ils

ont eu affaire à des lésions consécutives suffisamment caractérisées pour les convaincre de l'existence réelle de cette affection. Dans le cas contraire, pourquoi n'auraient-ils point inscrit au diagnostic : *uréthrite, chancre, bubon,* etc., comme ils l'ont fait lorsque ces divers accidents s'offraient à leurs yeux ?

Tableau synoptique des accidents syphilitiques observés à l'hôpital militaire de Ténez, de 1855 *à* 1861.

	H.	F.		H.	F.
Uréthrite,	10	4	Rétrécissement du canal de l'urèthre,	3	»
Vaginite,	»	1	Abcès urineux,	1	»

ACCIDENTS PRIMITIFS.

	H.	F.		H.	F.
Chancres à la verge,	22	»	Chancres à la vulve,	»	1
— au scrotum,	1	»	— au vagin,	»	1
— à la marge de l'anus,	1	»	Chancre phagédénique,	20	3
— à la fourchette,	»	1	— induré,	3	1
— aux gr. lèvres,	»	2	Bubon,	6	2

ACCIDENTS SECONDAIRES.

	H.	F.		H.	F.
Plaques muqueuses,	6	3	Ulcères de la langue,	2	1
— aux lèvres,	5	4	— de la région sourcilière,	»	1
— au scrotum,	12	»	— du nez,	14	6
— à l'anus,	8	»	— de l'anus,	2	»
Végétations à l'anus,	2	»	Angine syphilitique,	11	11
Roséole syphilitique,	1	1	Ulcérat. du voile du palais,	44	45
Syphilide papuleuse,	10	2	Destruction du voile du palais,	28	34
Lichen,	1	1	Coryza syphilitiquo,	1	2
Psoriasis,	11	13	Ulcérations des fosses nasales,	7	»
Eczéma,	58	30	Ozène syphilitique,	»	3
Pemphigus,	»	1	Laryngite syphilitique,	5	5
Rupia,	9	3	Iritis,	3	2
Syphilide pustuleuse,	27	13	Testicule vénérien,	4	»
Impétigo,	7	6	Tumeurs gommeuses,	19	20
Ecthyma,	80	50	Rétraction des fléchisseurs de la jambe,	2	3
Syphilide tuberculeuse,	58	25	Syphilis,	15	11
Ulcères syphilitiques,	101	77			
— du mamelon,	»	22			
— des joues,	»	2			
— des lèvres,	5	7			

ACCIDENTS TERTIAIRES.

	H.	F.		H.	F.
Douleurs ostéocopes,	49	26	Carie des os du crâne,	2	1
Périostoses,	13	12	— du frontal,	4	»
— du crâne,	1	»	— des os du nez,	6	8
— du maxillaire inférieur,	2	»	— du vomer,	2	2
— des os du nez,	1	»	— du maxil. supérieur,	2	»
— du tibia,	2	»	— des vertèbres,	2	1
— du fémur,	»	1	— des côtes,	1	»
Ostéite,	5	»	— de l'acromion,	1	»
— des os du nez,	2	»	— de l'olécrâne,	»	1
— du maxillaire inférieur,	1	1	— de l'humérus,	1	»
— de la clavicule,	»	1	— du tibia,	3	1
— du cubitus,	1	»	— de la crête illaque,	1	»
— du tibia,	3	1	— du fémur,	2	1
— du fémur,	1	»	Nécrose du frontal,	3	4
Exostoses,	71	39	— des os du nez,	2	1
— du crâne,	2	»	— du maxillaire supérieur,	»	2
— du frontal,	7	5	— du maxillaire inférieur,	»	1
— des os du nez,	1	3	— des cartilages du larynx,	1	»
— du maxillaire inférieur,	2	1	— du cubitus,	»	1
— du sternum,	2	»	— du tibia,	2	1
— de l'humérus,	4	»	Perforation du crâne au niveau de la suture sagittale,	»	1
— du radius,	»	3	Tumeur fibreuse du cerveau et de la dure-mère,	1	»
— du cubitus,	3	»			
— du tibia,	24	10			
— du fémur,	3	1	Cachexie syphilitique,	2	1

Lorsqu'on jette un coup d'œil sur ce tableau, on ne peut s'empêcher de songer à la grande épidémie du XVe siècle qui a fixé, à si juste titre, l'attention du monde entier, et d'établir un parallèle entre les accidents observés alors, et ceux qui sévissent aujourd'hui sur les indigènes de notre colonie algérienne.

«A cette époque, dit Vidal (de Cassis), dans son *Traité des maladies vénériennes*, plusieurs peuples furent frappés par un fléau qu'on a représenté comme hideux et cruel. De nombreuses pustules couvraient la peau des malades, des douleurs atroces se répandaient sur les membres, attaquaient la tête, douleurs qui correspondent à ce que nous appelons aujourd'hui ostéocopes, rhumatoïdes. Ce qui frappait le plus et tout d'abord, c'était l'état

de la peau qui était couverte de pustules, et les douleurs des membres qui tourmentaient les malades. Les lésions dcs organes génitaux étaient ignorées, ou paraisssaient peu importantes relativement aux autres manifestations pathologiques qui d'ailleurs les suivaient de très-près. Il est probable même que ces lésions, c'est-à-dire ce qu'on appelle aujourd'hui accidents primitifs, ont été quelquefois complétement absentes. Pour mon compte, je suis porté à le croire, surtout depuis que j'ai prouvé d'une manière si positive la transmissibilité des syphilides sous la forme pustuleuse. Enfin, à une certaine période, les pustules répandues sur la peau devaient être transmises de l'individu malade à l'individu sain» (1).

Ce passage du traité de Vidal m'a paru digne de remarque, et parfaitement applicable à la syphilis des Arabes, comme il sera facile de s'en convaincre par la lecture de ce mémoire. Que voyons-nous, en effet, s'offrir à nos yeux? Des lésions profondes de la peau, des douleurs ostéocopes, des exostoses et quelques cas plus rares d'accidents primitifs. Au XVe siècle, la maladie vénérienne était considérée comme épidémique, et attribuée à des influences sidérales. Dc nos jours, les Arabcs font intervenir l'action divine dans la production de ces maux.

Cette opinion que je viens d'émettre paraîtra sans doute bien hasardée après le défi porté par l'éminent syphiliographe de Lyon, dans son histoire naturelle de la syphilis (2). «Dans le cas, dit-il, ou quelques écrivains de notre époque s'aviseraient de donner à la syphilis actuelle les sombres couleurs que je viens de mettre sous vos yeux, demandez-vous, et je devinc la réponsc, s'ils obtiendraient le rcnom d'auteurs classiques que le suffrage général a décerné aux Catanée, aux Fracastor, aux Vigo, aux Paré? Demandez-vous, s'ils ne passeraient pas pour les romanciers plutôt que pour les historiens de la vérole.»

M. Diday, dans cet énergique langage, ne fait sans doute allusion qu'à la vérole telle qu'il l'a observée à Paris et à Lyon. Pour moi je décris ce qui se passe en Algérie, et je crois pouvoir appliquer à la syphilis des Arabes, sans craintc d'être contredit, ce que

---

(1) *Traité des maladies vénériennes*, p. 17; Paris, 1859
(2) *Histoire naturelle de la syphilis*, p. 30; Paris, 1863.

Catanée écrivait de la vérole en 1505 : «Monstruosus morbus, «fœditate magna, innumeris pustulis ulceribus que per totam «faciem universumque corpus, magna etiam sævitia dolorum «noctu presertim humanum genus affligens, lacerans que nodo-«sitatibus instar lapidum.»

Et qu'on veuille bien le remarquer, je ne donne que le relevé des lésions observées sur un petit coin de terre, dans un hôpital secondaire. Que serait-ce donc s'il était possible d'établir le bilan complet des graves désordres qui se dérobent à nos regards dans les masures des kabyles, ou sous la tente des tribus nomades qu'il ne nous est point permis d'aborder !

L'examen rapide auquel je vais me livrer suffira, je l'espère, pour démontrer l'analogie et pour justifier mon opinion. Nous dirons un mot d'abord de la blennorrhagie.

De la blennorrhagie. — La blennorrhagie paraît être une affection peu commune en Algérie, du moins chez les Arabes de la plaine. Elle ne présente pas les caractères d'acuité et de virulence qu'elle offre si fréquemment dans nos pays.

D'après notre tableau, il y a 14 cas d'uréthrite, 10 chez l'homme et 4 chez la femme. Les malades atteints de cette affection venaient de Tenez ou des tribus les plus voisines.

Parmi les 4 uréthrites observées chez la femme, 3 existaient chez des filles livrées à la prostitution. Deux d'entre elles ont infecté des indigènes qui habitent le vieux Tenez situé à 3 kilomètres de la cité française. J'insiste sur ce fait parce qu'il me paraît démontrer que, dans la plupart des cas, la blennorrhagie était probablement d'origine européenne.

Parmi les lésions observées à la suite de cette affection, je trouve trois cas de rétrécissement du canal de l'urèthre et un cas d'abcès urineux. A coup sûr, si la blennorrhagie était fréquente dans la population indigène, si surtout elle offrait la même gravité que dans nos pays, elle ne serait pas mieux traitée qu'en France, dans les hôpitaux, et devrait par conséquent entraîner quelques-unes des suites et des complications qu'on observe chez nous, telles que blennorrhée, orchite, prostatite, cystite, néphrite, rétrécissements, abcès urineux. C'est précisément ce qu'on ne voit pas.

Que l'indigène supporte sans se plaindre les cuissons et les in-

commodités de l'écoulement uréthral, qu'il en attende avec résignation la guérison spontanée, je l'admets sans peine. Mais qu'il résiste aux tortures et aux conséquences graves engendrées par les rétrécissements de l'urèthre sans venir nous demander conseil, je ne puis le concevoir. Or, le tableau démontre que de pareils accidents n'y figurent que pour un chiffre très-minime; je puis donc conclure à la rareté et à la bénignité de l'uréthrite chez les Arabes.

Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher ce résultat de mon observation personnelle en Algérie de l'opinion émise par M. le Dr Poyet sur la blennorrhagie des Orientaux. « Les lieux où sévit la blennorrhagie virulente, dit-il, sont ceux qu'habitent les indigènes dont les mœurs ont le plus de rapports avec les nôtres; mais ceux de ces indigènes qui vivent en dehors de nos usages, en conservant leurs habitudes antiques et primitives, sont peu ou point affectés de cette maladie. Nous n'avons jamais remarqué chez eux ces fortes érections, ce gonflement qu'entraîne avec lui la dysurie. La matière blennorrhagique ne nous a pas paru non plus comporter le même caractère d'âcreté et de virulence qu'elle offre dans les lieux habités par les Européens et les chrétiens» (1).

ACCIDENTS PRIMITIFS.

Du chancre. — Le chancre est un accident bien rare si on le compare aux autres manifestations de la syphilis. Il n'est signalé, en effet, que 56 fois, 47 fois chez l'homme et 9 fois chez la femme.

Ces 56 chancres se décomposent comme il suit :

	Chez l'homme.	Chez la femme
Chancres simples,	24	5
— phagédéniques,	20	3
— indurés,	3	1

Quant au siége du chancre simple nous trouvons :

	Chez l'homme.
Chancres de la verge,	22
— du scrotum,	1
— de la marge de l'anus,	1

(1) *Op. cit.*, p. 14.

	Chez la femme.
Chancres des grandes lèvres,	2
— de la vulve,	1
— du vagin,	1
— de la fourchette,	1

Le chancre que l'on observe chez les indigènes de l'Algérie présente toujours quelque gravité. On comprend aisément qu'ils ne se décident guère à quitter leur famille, leur tribu pour de simples excoriations. Aussi avons-nous le plus souvent sous les yeux des ulcérations plus ou moins profondes, plus ou moins étendues, à fond grisâtre, inégal, offrant une dureté particulière due à l'engorgement inflammatoire des tissus; mais essentiellement différente de l'induration classique du chancre infectant. Les bords eux-mêmes sont plus ou moins indurés et irrégulièrement déchiquetés. Il est bien rare de rencontrer ces chancres nettement arrondis, à bords taillés à pic, comme à l'emporte-pièce ainsi qu'on l'observe dans nos pays. La suppuration est en général abondante. A vrai dire, c'est presque toujours au chancre phagédénique que nous avons affaire à l'hôpital.

Chancre phagédénique. — Le phagédénisme joue un rôle assez important puisque nous le voyons mentionné 20 fois chez l'homme et 3 fois chez la femme.

Pour le siége nous trouvons chez l'homme

Chancres	phagédéniques	de la verge,	5
—	—	du gland,	3
—	—	du scrotum,	4
—	—	du scrotum et de la verge,	1
—	—	de la cuisse,	1
—	—	sans indication,	6

Chez la femme nous trouvons :

Chancres	phagédéniques	de la vulve,	1
—	—	des grandes lèvres,	1
—	—	de la marge de l'anus,	1

Le chancre phagédénique se présente en Algérie sous les deux formes qui les caractérisent dans notre pays : forme serpigineuse et forme térébrante.

Dans le premier cas, on voit l'ulcération dont les bords sont inégaux, sinueux et décollés s'étendre successivement aux parties voisines. C'est ainsi qu'après avoir labouré la face dorsale de la verge, il marche vers les régions inguinales. Ailleurs l'ulcère gagne le scrotum, se propage au périnée et à la marge de l'anus. Il en résulte de vastes plaies irrégulières à fond grisâtre, fournissant un pus sanieux et abondant.

Dans la forme térébrante, l'ulcère, plus limité en surface, s'attaque de préférence aux parties profondes. J'ai vu le dos de la verge complétement perforé au niveau du prépuce, et le gland faisant saillie à travers cette ouverture anormale. Chez un second malade, le gland lui-même avait été rongé, et presque complétement détruit par l'ulcération. Après la cicatrisation, il ne restait plus qu'un moignon informe. Le canal de l'urèthre, qui avait été compromis à son extrémité antérieure, se trouvait sensiblement rétréci, bridé par le tissu cicatriciel, et s'opposait au libre cours de l'urine. Je fus obligé d'exciser ce tissu, et de dilater le méat urinaire à l'aide de bougies.

J'ai rencontré le chancre phagédénique chez des Arabes doués d'une constitution robuste, jouissant d'une bonne santé. Mais, le plus souvent, il existait chez de pauvres indigènes minés par les privations et la misère, ou en proie à la cachexie paludéenne.

Cette grave complication me paraît devoir être attribuée aux mauvaises conditions hygiéniques, au défaut de soins et à la malpropreté inhérente à la race indigène. La verge malade flotte sans soutien, sans être protégée par aucun pansement ; elle subit sans cesse le funeste contact de leurs grossiers et sordides vêtements, ainsi que l'action irritante de la poussière qui, dans ces pays, remplit toujours l'atmosphère. Il n'est donc pas étonnant que l'ulcération, même la plus simple, finisse par s'enflammer et par offrir cette sorte de dégénérescence putride. Pour appuyer cette opinion, il me suffira de signaler l'amélioration rapide déterminée par le changement de ces conditions désastreuses. En effet, dès les premiers jours de traitement des malades à l'hôpital, on voit ce hideux aspect des plaies se modifier de la manière la plus avantageuse sous l'influence du repos, d'un régime reconfortant et de pansements méthodiques. Les progrès de l'ulcération s'arrêtent, le fond de la plaie se déterge, devient rosé, se

couvre de bourgeons charnus de bonne nature, et la cicatrisation ne se fait pas longtemps attendre.

Bubon. — Le bubon qui accompagne le chancre simple est un accident à peu près exceptionnel puisqu'il n'a été mentionné que chez 8 sujets, 6 fois chez l'homme et 2 fois chez la femme. Dans deux cas il s'est ulcéré.

Parmi les malades figurent trois Marocains qui étaient employés comme journaliers à Tenez. Ces indigènes sont un peu plus civilisés que les Arabes de la plaine ; ils ont de fréquents rapports avec les Européens dont ils adoptent en partie les coutumes, les habitudes, et, on doit le dire, surtout les excès et les vices.

Je ferai pour le bubon les mêmes remarques que pour l'uréthrite dont il partage la rareté. Je veux bien admettre que les Arabes ne se dérangent point pour une simple adénite, qu'ils ne viennent réclamer ni nos soins ni nos conseils, et qu'ils aient uniquement recours aux empiriques du pays. Mais alors il y a lieu d'être surpris de ne pas en retrouver au moins quelques traces. Considérez, en effet, les tentatives plus ou moins heureuses auxquelles on se livre en France pour faire disparaître jusqu'aux derniers vestiges d'un mal qu'on voudrait tant cacher. Voyez tous ces procédés ingénieux pour ouvrir le bubon lorsqu'il vient à suppurer, et les soins assidus qu'on apporte aux divers pansements. Et, malgré tant d'efforts, combien de malheureux ne sont-ils pas condamnés à porter toute la vie les stigmates indélébiles de cette affection !

Les Arabes sont-ils plus habiles ou plus heureux dans leur manière de traiter ? Cela est peu probable. Aussi, j'aime mieux admettre que l'adénite inguinale est plus rare chez eux, ou du moins qu'elle a une marche plus prompte, une solution plus favorable, et qu'elle est plus rarement suivie de suppuration, de décollement et de trajets fistuleux que dans nos pays.

A l'égard du bubon chez les Orientaux, M. Poyet, dans sa thèse, fait quelques remarques que je ne puis m'empêcher de signaler ici. «En Orient, dit-il, le bubon syphilitique, loin de présenter comme dans nos pays d'Europe ces engorgements indolents, souvent interminables, montre au contraire une grande tendance à la guérison. Néanmoins, dans la basse classe, et notamment chez

les chrétiens qui habitent les quartiers populeux où elle est la plus fréquente, l'adénite inguinale affecte plus particulièrement les femmes et présente ordinairement les plus grandes tendances à l'ulcération» (1).

Du chancre induré. — On sera sans doute fort surpris de ne voir figurer sur notre tableau que 4 chancres indurés, 3 chez l'homme et 1 chez la femme, et l'on se demandera s'il n'y a pas là quelque erreur. On m'objectera que les différents observateurs qui se sont succédé à Tenez n'ont pas attaché la même importance à la distinction du chancre simple et du chancre induré. On me dira que bon nombre d'entre eux, admettant la doctrine de l'unicité qui, pendant plusieurs années, a régné en souveraine, ont pu comprendre sous la dénomination simple de *chancres* quelques chancres réellement indurés. Je veux bien accepter cette objection qui est très-plausible, et en tenir compte dans notre statistique. Je conserverai intact, bien entendu, le chiffre de 23 chancres phagédéniques, parce qu'il est démontré que le phagédénisme ne complique que rarement le chancre induré. Ce serait donc sur le chiffre restant de 29 chancres simples qu'il y a lieu d'opérer une certaine réduction. Or, d'après les relevés établis par M. le Dr Fournier, à la consultation de l'hôpital du Midi, sur 3 chancres donnés, 2 appartiennent à la variété simple et 1 à la variété infectieuse. En me conformant à cette statistique, j'obtiendrai le nombre 10 qu'il faudra joindre au chiffre 4 inscrit déjà sur le tableau, à la colonne des chancres indurés. Je dois toutefois ajouter que si je m'en rapportais à mon observation personnelle je n'hésiterais point à proclamer cette rareté du chancre infectant. En effet, pendant mes deux ans de séjour à Tenez je n'ai eu à traiter que des chancres phagédéniques et deux chancres indurés. Ce qu'il y a de bien remarquable c'est que ces deux chancres siégeaient à la bouche et non aux parties génitales.

Quoi qu'il en soit, et tout en admettant le chiffre 14 comme l'expression probable des chancres infectants observés chez les indigènes, nous n'en aurons pas moins un chiffre bien minime

---

(1) *Op cit.*, p. 15.

pour expliquer une masse aussi imposante d'accidents secondaires et tertiaires des plus graves.

L'adénopathie elle-même, ou mieux la pléiade ganglionnaire, cette compagne obligée du chancre infectant, est une lésion qui m'a paru assez rare. J'ai bien des fois exploré les régions inguinales de mes malades pour rechercher cette lésion syphilitique importante. Le plus souvent, je dois l'avouer, je n'ai pas plus retrouvé de traces de l'engorgement ganglionnaire que de vestiges du chancre induré. Et pourtant cette induration du chancre, cet engorgement des ganglions de l'aine sont des lésions qui persistent des mois, que dis-je! plusieurs années même. M. Ricord n'a-t-il pas retrouvé des vestiges d'induration trente ans après l'infection?

Les observations faites par M. Poyet, en Orient, diffèrent un peu des nôtres : « Le chancre régulier, dit cet écrivain, présente un tout autre aspect que celui que nous lui connaissons; sa marche, lente et douteuse, offre ordinairement peu de tendance à l'envahissement; ses formes, toujours bénignes, ont rarement un caractère de malignité : il n'offre point l'expression de notre chancre phagédénique à différents degrés. La plupart des chancres que nous avons observés semblaient, au contraire, se rapprocher de l'exulcération syphilitique, quoique revêtant un caractère inoculable. L'induration, toujours très-tardive, n'apparaît qu'à une époque éloignée. Cette marche, ordinairement bénigne et latente, de l'ulcération en Orient, nous a paru être d'une haute portée en ce qu'elle tendrait à prouver que l'induration n'est pas toujours un signe constant de l'infection, mais que cette induration, quand elle existe, est à son tour une preuve de plus de l'apparition prochaine des symptômes secondaires et de leur violente manifestation (1). »

Il résulte de ce premier examen que les accidents primitifs observés chez les indigènes de l'Algérie sont relativement assez rares. Voyons s'il en sera de même pour les accidents constitutionnels secondaires et tertiaires.

(1) *Op. cit.*, p. 11.

ACCIDENTS SECONDAIRES.

Plaques muqueuses. — Les plaques muqueuses ont été rencontrées chez 38 malades : 31 fois chez l'homme et 7 fois chez la femme.

Chez le premier, elles siégeaient :

Aux lèvres,	5
Au scrotum,	12
A l'anus,	8
Sans désignation,	6

Chez la seconde, elles siégeaient :

Aux lèvres.	4
Sans désignation,	3

Chez les Arabes qui négligent complétement les soins de propreté et toute espèce de traitement, les plaques muqueuses finissent par prendre beaucoup de développement. Le scrotum et les environs de l'anus, où elles se produisent le plus souvent, présentent parfois de véritables tumeurs ulcérées qui donnent issue à un pus abondant et fétide.

Chez un indigène, âgé d'une vingtaine d'années, j'ai observé une éruption confluente de plaques muqueuses siégeant sur le scrotum et sur la paroi abdominale antérieure. Dans ce dernier point, elles constituaient de larges plaques rougeâtres, ulcérées, d'où s'échappait une suppuration très-abondante et d'une odeur infecte. Des cautérisations avec le nitrate d'argent, répétées chaque jour, et des pansements avec la pommade au bioxyde de mercure en amenèrent la complète guérison au bout de six semaines. Ces plaques muqueuses sont, pour moi, d'actifs foyers de matière virulente qui contribuent efficacement à la propagation de la syphilis chez les indigènes de l'Algérie.

Syphilides. — Les syphilides sont, sans contredit, les accidents les plus fréquents que nous ayons à traiter en Algérie. Elles sont au nombre de 407, dont 262 chez l'homme et 145 chez la femme.

Les variétés observées sont : la roséole, la syphilide papuleuse,

le lichen, le psoriasis, l'eczéma, le pemphigus, le rupia, l'impétigo, l'ecthyma et la syphilide tuberculeuse.

Roséole. — Elle n'a été vue que dans un seul cas, chez un jeune enfant du sexe masculin, âgé de 2 ans. Vidal (de Cassis) la considère comme une des syphilides les plus fréquentes, tandis que M. Cazenave la regarde comme assez rare. Le premier de ces auteurs admet que les malades n'arrivent à Saint-Louis que longtemps après l'infection syphilitique, alors que la roséole a disparu, et explique ainsi cette divergence d'opinions. En serait-il de même chez les indigènes?

Syphilide papuleuse. — Cette variété est un peu plus fréquente, puisqu'elle a été rencontrée 10 fois chez l'homme et 2 fois chez la femme. Il y a 2 cas de lichen chez le premier et 1 seul cas chez la seconde.

Le psoriasis est moins rare, et a été noté 11 fois chez l'homme et 13 fois chez la femme.

Mais les variétés les plus nombreuses sont les syphilides vésiculeuses, pustuleuses et tuberculeuses, comme il est facile de le constater en jetant les yeux sur le tableau précédent. La classification de ces divers accidents présente parfois de grandes difficultés. Quand les malades viennent réclamer nos soins, on ne retrouve plus les lésions primitives, vésicules ou pustules. Ce sont des croûtes épaisses, noirâtres ou verdâtres, des ulcérations profondes, taillées à pic, étendues à de vastes surfaces, ou bien encore des cicatrices indurées, irrégulières, d'un rouge obscur ou blanchâtres, qui s'offrent à l'œil de l'observateur, et le jettent dans un certain embarras. Mais la présence d'ulcères à la gorge, de gommes ou d'exostoses dans le voisinage, indique suffisamment l'action du virus sur l'organisme, et, dans l'impossibilité de mieux préciser, on inscrit au diagnostic : *ulcérations syphilitiques, syphilides* ou *syphilis.* C'est ainsi que je crois devoir interpréter, comme je l'ai dit, ces dénominations qui figurent au tableau sans autre indication.

Ces lésions cutanées siégent sur toutes les parties du corps : à la tête, au tronc, aux membres supérieurs et inférieurs, qu'elles envahissent dans une plus ou moins grande étendue. Elles four-

nissent, en général, une suppuration abondante, d'une odeur fétide, engendrée, sans doute, par l'horrible malpropreté des malades. Je ne saurais assez dire tout ce qu'a de hideux l'aspect offert par les malheureux Arabes, le jour de l'entrée à l'hôpital, au moment où ils quittent leurs haillons pour endosser le costume de l'établissement. Avant de pénétrer dans les salles, ils prennent toujours un grand bain, et se lavent de la tête aux pieds.

Alopécie. — L'alopécie est un accident qui doit être très-rare, puisqu'il n'a jamais été mentionné par aucun de mes prédécesseurs, et que moi-même je ne l'ai point observée. Faut-il attribuer la rareté de cet accident à la coutume qu'ont universellement adoptée les indigènes de ce pays de se raser la tête? Je serais assez tenté de l'admettre. La même observation a été faite en Orient par M. Poyet : « Cette manifestation de l'état secondaire, dit-il, est généralement assez rare chez tous les musulmans, et ne se rencontre que chez les chrétiens et les Européens échelonnés sur le littoral » (1).

Ulcérations du sein. — Les ulcérations du sein sont au nombre de 22, qui sont réparties de la manière suivante :

Au sein droit.	2
Au sein gauche. .	7
Aux deux seins.	8
Sans désignation de côté. .	5

J'ai observé à la base du mamelon des ulcérations à bords arrondis et taillés à pic, d'autres irrégulières, plus ou moins profondes, et plus ou moins étendues à une partie du sein. J'ai vu une malheureuse femme dont le mamelon était, pour ainsi dire, complétement isolé par suite du travail ulcératif, et ne tenait plus à la glande que par quelques minces lambeaux, s'obstiner, malgré ma formelle défense, à présenter à son chétif enfant ce sein si gravement compromis.

Les jeunes Arabes accompagnent parfois leurs mères à l'hôpi-

(1) *Op. cit.*, p. 22.

tal. C'est un spectacle vraiment digne de pitié que de voir sacrifier, si je puis parler ainsi, ces petits êtres si pleins de vigueur et de gentillesse, parfois, au contraire, pâles, étiolés, ridés, à l'aspect cachectique, et couverts de plaques muqueuses, de syphilides, voire même d'exostoses. Ils sont suspendus à ces mamelles flasques et arides, qui ne sécrètent qu'un lait pauvre, séreux, peu abondant, véritable poison, à mon avis, plus propre à leur donner la maladie et la mort que la santé et la vie qu'ils cherchent avidement à y puiser.

Je ferai remarquer, en passant, que les femmes arabes continuent l'allaitement pendant deux ou trois ans après la naissance. J'ai eu dans mon service une de ces femmes en traitement pour une double kératite de nature scrofuleuse, et qui présentait le sein à son enfant, âgée de 3 ans. Cette petite fille, qui était très-belle, et dont le développement était considérable, mangeait avec le plus grand plaisir le quart de pain, une soupe au lait et deux œufs à chacun de ses repas. Dans l'intervalle, elle restait suspendue aux mamelles de sa mère et les saisissait avec les deux mains.

A l'époque où j'observais en Algérie, je n'avais pas connaissance du remarquable travail de M. Rollet sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche (*Archives gén. de méd.*, année 1859). J'avais été toutefois frappé par l'existence de ces ulcérations, qui me paraissaient plus fréquentes que celles des parties génitales, et j'avais cherché à m'éclairer sur l'origine d'un accident que je ne savais où classer. Mais je ne parvenais à obtenir aucun renseignement, aucune confidence de la part de mes malades, qui me répondaient invariablement : Je ne sais, c'est Dieu qui l'a voulu.

Aujourd'hui, je me demande si plusieurs de ces ulcérations n'étaient pas le résultat de la transmission d'accidents secondaires. A l'appui de cette manière de voir, je signalerai les faits suivants : Les femmes arabes, méconnaissant les dangers d'une pareille contagion, n'ayant même aucune répugnance pour des lésions qu'elles ont constamment sous les yeux, et qu'elles considèrent comme très-naturelles, touchent, embrassent, sans nul souci, les nourrissons infectés, leur présentent le sein, souvent dans

le but unique de les calmer, se rendent mutuellement une foule de petits services dont les mères ont souvent besoin. J'ai été témoin, dans mes salles, de cette insouciance, de cet empressement, de cette générosité de la part des femmes indigènes pour leurs compagnes. Ce qui se passait à l'hôpital ne doit-il pas, à plus forte raison, se produire dans les tribus, où il n'y a ni conseils ni surveillance? De là, sans doute, une cause probable de fréquentes contaminations.

Maladies des membranes muqueuses. — Les affections du voile du palais, du pharynx, du nez, du larynx, sont nombreuses. Je trouve, en effet, l'angine syphilitique 11 fois chez l'homme et chez la femme; 44 cas d'ulcération du voile du palais chez le premier et 45 chez la seconde, la destruction partielle ou complète de ce voile chez 28 hommes et chez 34 femmes.

C'est à Ténez que j'ai été appelé, pour la première fois, à constater et à suivre les affreux ravages occasionnés, par la syphilis lorsqu'elle se jette sur la muqueuse buccale. Combien ai-je vu de malheureuses victimes privées de luette, d'amygdales et de voile du palais ! Dans certains cas, ces ravages sont tels que non-seulement les parties molles, mais encore les os sont détruits, et que toute trace de cloison a disparu entre les fosses nasales et la bouche qui ne forment plus qu'une seule et même cavité irrégulière, anfractueuse, une sorte de cloaque dont l'aspect est véritablement repoussant.

Plus tard, lorsque la syphilis a borné ses progrès, le travail de réparation s'opère, et ces vastes pertes de substances se comblent. On observe alors des brides fibreuses et cicatricielles qui émergent de divers points, rétrécissent et obstruent plus ou moins complétement les fosses nasales, l'isthme pharyngien, et qui parfois s'étendent jusque vers le larynx. Les bords du voile du palais échappés à la destruction se rapprochent, adhèrent à la base de la langue de manière à former une cloison nouvelle, verticalement dirigée, concave en avant, et percée à son milieu d'une fente ovalaire souvent très-resserrée.

Les malades atteints de ces graves lésions respirent et avalent très-difficilement; les aliments et les boissons refluent vers la cavité nasale, et s'échappent par le nez; la voix est fortement

nasonnée et même éteinte. En proie à une dyspnée presque incessante, et pouvant à peine se nourrir, ils maigrissent, et finissent par succomber dans le marasme, ou aux progrès d'une asphyxie lente. D'autres sont violemment emportés par un accès de suffocation. En général, ils n'acceptent qu'avec répugnance la seule opération qui puisse leur offrir une chance de guérison, je veux parler de la trachéotomie. Parmi les faits nombreux soumis à mon observation, je relaterai le suivant :

Un jeune Arabe, âgé d'une quinzaine d'années, se présente, à l'hôpital, avec une gêne considérable de la déglutition et de la respiration, le visage cyanosé et la voix presque éteinte. J'examine aussitôt la gorge, et je trouve la cavité buccale fermée en arrière par un voile fibreux, résistant, presque immobile, et qui descend de la voûte palatine sur les côtés de la base de la langue à laquelle il adhère. Il n'existe plus ni luette, ni piliers, ni amygdales; tout a été détruit par l'ulcération. Au centre de cette membrane cicatricielle est ménagée une ouverture de forme régulièrement ovalaire, d'un centimètre de hauteur, et de quelques millimètres de largeur pour le passage de l'air, des aliments et des boissons. Des accès de suffocation menacent à chaque instant l'existence. J'incise tout d'abord cette étroite ouverture, et je détache de chaque côté deux lambeaux afin de l'agrandir. Cette opération ne procure qu'un soulagement momentané, et bientôt les accès de suffocation se reproduisent aussi intenses et aussi menaçants. Il devient dès lors évident pour moi qu'un obstacle siége plus bas, probablement vers le larynx, et qu'il ne peut être levé que par la trachéotomie. Je la propose donc à mon malade qui la repousse formellement, malgré la pensée de la mort prochaine que je lui fais entrevoir. Mais les Arabes sont d'un stoïcisme remarquable. « Je mourrai, » me répondit-il avec un calme surprenant pour cet âge. Il succomba en effet le sixième jour.

A l'ouverture du cadavre, je constatai un rétrécissement notable de l'arrière-cavité des fosses nasales, de l'arrière-cavité de la bouche par des brides fibreuses, et un épaississement mamelonné de la membrane muqueuse qui s'étendait dans l'intérieur du larynx, au-dessous des cordes vocales. On comprend difficilement que la vie ait pu se maintenir avec de pareils désordres.

Suivant M. Poyet, les accidents secondaires chez les Orientaux

seraient aussi fréquents que chez les indigènes de l'Algérie. « Cet ordre de symptômes, dit-il, peut être considéré comme l'exemple le plus ordinaire de la syphilis en Orient, par la raison que cette maladie passe le plus souvent inaperçue à l'état primitif, et est souvent confondue avec l'ulcération simple. La commissure des lèvres, le voile du palais et la langue seuls, nous ont offert des exemples de plaques muqueuses. Les symptômes évidemment les plus répandus sont les syphilides. Les ulcérations secondaires de la bouche, de la gorge et de la langue, sont très-communes» (1).

ACCIDENTS TERTIAIRES.

Le nombre des malades atteints de douleurs ostéocopes, de périostoses, d'exostoses, de carie et de nécrose est également très-considérable, comme il est facile de le voir sur le tableau précédent. Le chiffre total s'élève à 240 chez l'homme et à 132 chez la femme. Ces accidents s'observent à tout âge, depuis les premières années jusqu'à la vieillesse avancée.

Les accidents tertiaires les plus nombreux sont les exostoses. J'en trouve 119 chez l'homme et 62 chez la femme. On les observe aux os du crâne, de la face, du sternum, aux membres supérieurs et inférieurs. Il n'est pas rare de rencontrer chez le même sujet des syphilides, des gommes et des exostoses multiples.

J'ai eu l'occasion de voir une exostose épiphysaire du fémur dans une circonstance assez singulière pour être mentionnée. Ce fait démontrera, une fois de plus, que le médecin ne doit pas toujours s'en rapporter au récit des malades lorsqu'il s'agit d'établir sûrement le diagnostic.

Un Arabe, âgé de 25 ans, doué d'une vigoureuse constitution, présentait, à la partie supérieure de la cuisse droite, une vaste cicatrice provenant d'une syphilide pour laquelle il avait été traité dix-huit mois auparavant. «Un jour, me dit-il, j'ai introduit dans la plaie dont tu vois les traces un clou qui a disparu dans les chairs; je le sens bien; il me fait souffrir; je désire vivement en être débarrassé.» Notre indigène paraissait, en effet, éprouver une douleur assez intense au tiers supérieur de la cuisse droite, vers

(1) *Op. cit.*, p. 17.

le sommet du triangle de Scarpa. On percevait en ce point, et dans la profondeur des masses musculaires, un corps étranger d'une consistance solide, dont on ne pouvait préciser la nature. L'histoire du clou me parut tant soit peu suspecte, et je songeai plutôt à un petit séquestre détaché probablement du corps du fémur. Cédant aux instances réitérées et à la vive impatience de mon malade, je me décidai à en faire l'extraction. Quelle ne fut pas ma surprise, lorsque, après une incision profonde, je découvris un cylindre osseux de 3 centimètres de longueur et d'un centimètre de diamètre, adhérant fortement à l'os de la cuisse ! Le doigt indicateur distinguait à sa base les battements énergiques de l'artère fémorale.

Carie. — La carie affecte les os du crâne, de la face, des membres, les vertèbres cervicales. Elle se rencontre surtout aux os du nez, et se joint parfois à la nécrose ou à une affection tuberculeuse des parties molles. Il en résulte alors d'affreuses mutilations. Les os du nez, le vomer, sont éliminés en partie ou en totalité ; la peau, les cartilages, sont rongés, détruits par le travail ulcératif, et il ne reste bientôt plus qu'une hideuse ouverture au milieu de la face. Lorsque la charpente osseuse a seule disparu, sans lésion des téguments qui la recouvrent, le nez s'affaisse, s'aplatit complétement, et semble rentrer dans l'intérieur des fosses nasales.

Dans un cas, j'ai vu la carie de l'apophyse mastoïde déterminer des accidents cérébraux promptement suivis de mort.

Chez deux indigènes j'ai observé la carie de quelques vertèbres cervicales. Les malades furent pris de gêne considérable de la déglutition. L'examen de la gorge me fit découvrir une tumeur fluctuante située derrière la paroi postérieure du pharynx, et faisant saillie un peu au-dessous de la luette. Je donnai issue au pus, et, à l'aide d'un stylet, je constatai facilement la carie du corps des vertèbres. Par l'iodure de potassium et par les injections iodées, j'obtins un amendement notable.

Nécrose. — J'ai rencontré des cas curieux de nécrose des os du crâne, de la face, des cartilages du larynx.

Chez une femme, âgée d'environ 40 ans, la nécrose avait en-

vahi une grande partie du coronal, et la peau du front était parsemée d'ulcérations blafardes, grisâtres, donnant issue à un liquide séro-purulent d'une odeur infecte. Le tissu osseux etait à nu, sec et noirâtre.

Après quelques jours de soins de propreté, de pansements convenables, de l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur et d'une alimentation réparatrice, cet aspect changea complétement. Les ulcères se détergèrent, prirent une couleur vermeille, et fournirent un pus de bonne nature. Les séquestres, soulevés par le bourgeons charnus développés à la surface des portions d'os restées saines, se détachèrent successivement. Après l'élimination de tous les points nécrosés, la cicatrisation s'effectua promptement.

A la suite d'ulcérations profondes de la cavité buccale, j'ai extrait plusieurs fragments volumineux de la voûte palatine.

Chez une jeune femme de 26 ans, j'ai vu l'élimination en bloc de la totalité d'un maxillaire supérieur. Un ulcère phagédénique avait complétement détruit la moitié gauche de la lèvre supérieure et une partie de la joue correspondante. Le maxillaire supérieur de ce côté était à nu, sec, noirâtre et déjà très-mobile. Mon rôle s'est borné à peu de chose pour terminer ce travail d'élimination si bien commencé. J'ai introduit dans le sillon intermaxillaire une spatule dont je me suis servi comme d'un levier pour faire basculer l'os en dehors et en haut, puis j'ai coupé avec les ciseaux les débris de parties molles qui constituaient les seuls liens d'union de ce volumineux séquestre avec le reste du squelette de la face.

Chez un Arabe, âgé de 40 ans, il y a eu élimination par fragments d'un des cartilages aryténoïdes. Il survint un œdème de la glotte, des accès terribles de suffocation qui nécessitèrent l'opération de la trachéotomie. Tout allait pour le mieux lorsque, le onzième jour, mon malade fut enlevé subitement par un œdème pulmonaire aigu.

Maladie viscérale. — Les lésions viscérales de nature syphilitique ne sont mentionnées qu'une fois sur notre tableau. Il s'agit d'une tumeur fibreuse du cerveau et de la dure-mère qui a été constatée à l'autopsie. Je regrette vivement de ne donner qu'une

histoire très-succincte de ce fait remarquable. Mais le malade n'a pu fournir aucun renseignement sur son état. Entré dans mon service pour accès épileptiformes, il resta plongé dans une sorte d'idiotie, de stupeur même pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital. Il ne répondait que par oui et par non, sans paraître comprendre aucune des questions qui lui étaient transmises par notre interprète.

Il portait à la partie supérieure de la cuisse gauche une tumeur dure, volumineuse, sans changement de couleur à la peau, qui ne le préoccupait nullement, et qu'il ne songeait même pas à accuser. A mon premier examen, je constatai une fracture du corps du fémur au tiers supérieur. Comment s'était opérée cette fracture? Dans quelle circonstance? Depuis combien de temps? Autant de questions insolubles pour nous parce que le malade était incapable de nous éclairer, et que le bureau arabe, malgré ses investigations, ne put recueillir aucune donnée.

Les divers appareils contentifs, la boîte de Baudens, le bandage dextriné, furent vainement appliqués. En vain, je cherchai, par tous les moyens, à lutter contre le déplacement des fragments qui s'effectuaient sous l'influence des convulsions cloniques déterminées par les nombreux accès épileptiformes auxquels le sujet était en proie, et qui se reproduisaient plusieurs fois par jour. L'émission involontaire des urines et des matières fécales me forçait à changer tous les jours le malade de lit et à renouveler l'appareil. Le dixième jour, il tomba dans le coma et mourut en quelques heures.

A l'autopsie, nous constatâmes une carie du fémur dans une étendue de 5 centimètres, une carie de la table interne du frontal et des pariétaux, avec induration considérable, comme cartilagineuse, et coloration d'un jaune verdâtre de la dure-mère et de l'arachnoïde, l'induration et la même coloration des couches superficielles des deux hémisphères cérébraux dans une étendue de 8 centimètres. Les membres supérieurs et inférieurs étaient parsemés de croûtes d'ecthyma.

J'ai cru devoir attribuer à la syphilis ces diverses lésions, avec toute la réserve qu'il faut apporter dans l'interprétation des faits nouveaux. L'étude des lésions viscérales pouvant se rattacher à cette maladie est bien neuve encore, et n'a été poursuivie,

jusqu'à présent, que par un petit nombre d'observateurs. Il n'y a donc à cet égard rien de solidement établi.

J'ai admis aussi, comme très-probable, la production de la fracture pendant une attaque convulsive. Les contractions musculaires si énergiques, les secousses si violentes qui agitaient brusquement les quatre membres à chaque accès, me portent à croire que le fémur, raréfié et ramolli par le fait même de la carie, a pu se rompre sous l'influence d'une de ces puissantes contractions.

Telles sont les diverses lésions syphilitiques que l'on observe chez les indigènes des deux sexes ; je les résume dans le tableau suivant :

Accidents primitifs.		**Accidents secondaires.**		**Accidents tertiaires.**	
Hommes	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
53	11	558	404	240	132
64		962		372	

De la contagion par le chancre. — Comment se transmet la syphilis chez les Arabes ? Cette question m'a paru offrir un vif intérêt et mériter toute notre attention. J'ai insisté précédemment sur la rareté des accidents primitifs, et je pense qu'elle est suffisamment établie par les chiffres. On m'objectera que ces accidents existent peut-être en plus grand nombre, mais qu'ils sont traités et guéris dans les tribus. A cela je répondrai que les indigènes ont la plus grande confiance dans les médecins français, comme je l'ai dit, et qu'ils viennent réclamer nos soins avec beaucoup d'empressement. Pourquoi donc négligeraient-ils de consulter et même de se faire soigner pour des accidents primitifs? Or, dans les bureaux arabes comme dans les hôpitaux, ces accidents se présentent en petit nombre, ainsi que me l'ont affirmé plusieurs de mes collègues attachés à ces différents services. J'ai, d'ailleurs, interrogé minutieusement mes malades pour savoir s'ils avaient éprouvé, à une époque plus ou moins reculée, quelques-uns de ces accidents. Leur réponse a été négative. J'ai voulu, par moi-même, m'assurer de la réalité du fait, et, malgré leur très-grande répugnance pour cette sorte d'investigation, j'ai exploré avec le plus grand soin le prépuce, le gland, les ré-

gions inguinales, et je n'ai pu saisir aucune trace de chancres ou d'engorgement ganglionnaire. Ne résulte-t-il pas clairement de l'énoncé et de l'appréciation de ces faits que les accidents primitifs sont relativement rares, ou, du moins, si légers et si fugaces qu'ils passent le plus souvent inaperçus ; que le chancre induré, accident essentiellement inoculable et infectant, ne saurait être invoqué comme intermédiaire fréquent et obligé de la syphilis?

Si l'on accepte l'opinion récemment émise par M. Cusco, opinion très-rationnelle, à mon avis, et que l'auteur paraît s'être formée d'après l'observation clinique, on sera peut-être moins surpris de cette rareté du chancre chez nos indigènes d'Afrique. Suivant ce médecin distingué, en effet, il n'y a pas plus d'accident primitif pour la vérole que pour les autres maladies virulentes, il n'y a que des manifestations générales ; le chancre induré lui-même n'est autre chose qu'un accident consécutif, et, à ce titre, il peut parfaitement faire défaut. Conséquent avec ce principe, il prétend démontrer par l'observation rigoureuse l'évolution possible de la vérole sans le chancre.

Pour mon compte, si je m'en rapporte aux faits nombreux que j'ai observés en Algérie, et dans lesquels l'origine de la syphilis me paraissait obscure et inexplicable, je suis assez tenté d'accorder une grande vraisemblance à cette opinion et même de m'y rallier. Après avoir longtemps douté de l'assertion si positive de plusieurs de mes malades, qui m'affirmaient n'avoir jamais offert aucune lésion du côté des organes génitaux, je me sens aujourd'hui plus disposé en leur faveur. Il ne me répugne nullement d'admettre que le virus syphilitique, si subtil comme tous les autres agents contagieux, absorbé par le réseau vasculaire sous-épidermique, pénètre d'emblée dans le torrent circulatoire, et, qu'après une certaine incubation, il se révèle par des manifestations générales sans déterminer d'accident local au point de contact.

N'y a-t-il pas d'ailleurs de nombreuses voies d'introduction pour ce virus chez les Arabes qui cheminent toujours par monts et par vaux, au milieu des broussailles ou des rochers, les jambes et les bras nus, ou à peine protégés par des vêtements amples et flottants? Les excoriations, les piqûres, les plaies superficielles, les déchirures, ne manquent pas sur les diverses parties du

corps. Il n'est donc pas surprenant que les premiers symptômes de la syphilis apparaissent ailleurs qu'aux parties génitales.

De la contagion par les accidents secondaires. — Si la lésion primitive est rare en Algérie, il n'en est plus de même des accidents secondaires. On constate, en effet, l'existence d'un nombre considérable de plaques muqueuses, d'ulcérations du mamelon et du voile du palais, d'angines syphilitiques et surtout de syphilides. Et, remarquez-le bien, ces différentes lésions s'accompagnent en général d'une suppuration fort abondante. Ne sont-ce pas là autant de réceptacles aussi riches que variés de matière virulente, susceptible de se transmettre dans les divers rapprochements qu'entraîne inévitablement la vie en commun? Ajoutons que les Arabes sont fort peu soucieux des soins de propreté, qu'ils mangent le couscoussou avec des cuillers en bois grossièrement taillées, et qui passent de main en main aux divers convives réunis autour de la même gamelle, qu'ils boivent au même vase et fument à la même pipe. Ce sont là, n'est-il pas vrai, des circonstances très-favorables à la propagation de la vérole.

L'étude si attentive de la syphilis a fait justice de bon nombre de préjugés et d'erreurs, et a permis de formuler certains préceptes que l'on s'est peut-être hâté d'ériger en lois. Si, en médecine, il est indispensable d'établir des règles propres à guider le praticien au lit des malades, il ne faut pas les vouloir trop absolues, alors que dans la nature, où tout semble si bien ordonné, les exceptions se rencontrent à chaque pas. Or prétendre rapporter l'origine de toute syphilis au chancre induré serait, à mon avis, un système par trop restreint, et tout à fait insuffisant pour expliquer tant d'accidents graves que l'on observe chez les indigènes.

On a admis, il est vrai, mais avec la plus grande réserve, la transmissibilité des accidents secondaires, qui a été démontrée par des expérimentateurs dignes de foi, par Vallace, Valler, Vidal (de Cassis), Cazenave, Bouley et Richet. M. Rollet, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, a réuni dans son important mémoire bon nombre de faits authentiques en faveur de ce mode de contagion. Mais n'a-t il pas été lui-même un peu absolu en proclamant que le premier accident qui résulte de

cette transmission est toujours un chancre induré, ce qui revient à dire que la syphilis débute constamment par le chancre?

Le dogme de la transmissibilité une fois accepté, on a prétendu que les accidents généraux qui suivent se caractérisent par une bénignité particulière. Il ne peut en résulter, a-t-on dit, qu'une syphilis faible. Mais pourquoi cette exception? N'est-ce point au virus syphilitique lui-même que vous avez affaire?

Qu'il provienne de plaques muqueuses, d'ulcérations de la muqueuse buccale ou de pustules d'ecthyma, ne possède-t-il pas assez d'énergie pour produire chez le sujet à qui il est communiqué les mêmes lésions que chez le malade qui l'a fourni?

Lorsque vous puisez du pus à la surface d'un chancre en voie de cicatrisation, vous ne transmettez plus rien; lorsque vous inoculez le virus-vaccin après le neuvième ou le dixième jour, vous n'obtenez qu'une fausse vaccine ou vous n'avez même qu'un résultat nul. Ces faits très-réels se comprennent parfaitement. Dans le premier cas, vous n'insérez sous l'épiderme que du pus louable, dépourvu de toute vertu spécifique, et, dans le second, vous n'introduisez que du vaccin altéré transformé en pus. En est-il de même du liquide que vous recueillez à la surface d'une lésion secondaire? Et lorsque la vérole est en pleine évolution, qu'elle appartient à la catégorie des syphilis fortes, qu'elle exerce, en un mot, ses plus grands ravages, les produits auxquels elle donne naissance ont-ils donc perdu leur activité, leur virulence? J'ai de la peine à le croire.

Les faits, me direz-vous, sont là pour répondre à toutes les objections. Je les accepte sans aucune contestation. Mais, de ce que la transmission des accidents secondaires ne s'effectue que difficilement et rarement dans nos pays, avons-nous le droit de conclure, sans examen préalable, qu'il en est de même sous d'autres latitudes, chez d'autres peuples? Doit-on compter pour rien cette macération constante de l'épiderme par la sueur, cette atonie de la peau, cette dépression de l'organisme par l'action continue d'une chaleur accablante, par la misère, les privations et les excès de tout genre? Ce sont là, assurément, des causes prédisposantes très-favorables à la contagion dans les climats chauds, et, en particulier, en Algérie.

Si nos Arabes semblent ne pas redouter cette contagion, il n'en

est pas de même en Orient : « Un fait extraordinaire, dit M. Poyet, sur lequel nous avons hésité longtemps à nous fixer, c'est l'opinion généralement accréditée parmi les Orientaux, que les syphilides sont contagieuses et inoculables. Ce préjugé est porté si loin depuis quelques années qu'ils ne consentiraient jamais à se servir d'un vase touché par un syphilitique. Ils admettent la contagion non-seulement par les rapports sexuels, mais encore par l'entourage et le contact : cette affection, d'après eux, est aussi transmissible à l'état primitif qu'à l'état secondaire. Des exemples très-nombreux donneraient une apparence de vérité à cette assertion, dont nous avons eu nous-même à constater la probabilité; nous disons la probabilité, car il nous a été toujours difficile d'obtenir à cet égard des preuves certaines. Il est un fait, c'est que nous avons vu des membres d'une même famille affectés de syphilides dont l'apparition ne pouvait raisonnablement être attribuée à un commerce quelconque, et ne pouvait provenir que du contact involontaire de la personne infectée » (1).

Pour moi, j'admets que cette contagion doit être plus fréquente chez les indigènes de l'Algérie que dans nos climats. Quant à suivre pas à pas la filiation exacte de cette transmission, comme on a pu le faire en France, c'est une œuvre qui n'est point facile. C'est quelque temps après le début de l'affection que les Arabes sont soumis à notre observation. Quand on les interroge sur les causes, sur le mode d'apparition des premiers symptômes, ils répondent, avec beaucoup de gravité et un air de parfaite conviction, que le mal s'est déclaré spontanément, à leur insu. D'autres vous disent qu'un petit bouton s'est manifesté sur un point des téguments, qu'ils l'ont déchiré avec les doigts, et que l'ulcération a gagné peu à peu les parties voisines. Ce bouton qui m'a été signalé par plusieurs de mes malades, que peut-il être ? Un chancre, comme le veut M. Rollet, ou bien la reproduction exacte de la lésion qui lui a donné naissance? Je conserve le doute à cet égard. Enfin, beaucoup d'entre eux rapportent à Dieu l'origine de leurs souffrances.

Mais, si vous affirmez à ces indigènes que le mal a débuté par

---

(1) *Op. cit.*, p. 20 et 29.

les organes génitaux, et que vous insistiez pour obtenir un sincère aveu, ils protestent énergiquement. Et, je l'ai dit, l'exploration attentive de ces organes ne fournit qu'un résultat négatif.

Pour découvrir la source première, comme on le voit, l'observation dans les hôpitaux reste insuffisante. Il faudrait gravir les montagnes escarpées ou descendre au fond des ravins, arriver jusqu'aux tribus, pénétrer au sein du foyer domestique, examiner scrupuleusement hommes, femmes, enfants. Dans notre pays une pareille investigation est possible; en Algérie, elle est impraticable. Aussi, je le prévois, cette importante question attendra encore longtemps une solution définitive.

De la contagion par le sang. — On a admis depuis peu et démontré expérimentalement la contagion de la syphilis par le sang. Ce mode de contamination doit s'observer chez les indigènes qui ont fréquemment recours aux scarifications dans le traitement de leurs maladies. Leurs instruments, mal entretenus, mal nettoyés, ne peuvent-ils pas servir à transporter le virus contagieux plus souvent que dans nos pays, où l'on ne rencontre pas la même négligence?

De la syphilis héréditaire. — L'hérédité joue certainement un grand rôle dans notre colonie algérienne, où la syphilis est si répandue et si grave chez les individus des deux sexes. Est-il possible que les enfants échappent à la contagion lorsque les conjoints sont simultanément infectés?

Les Arabes abandonnant la maladie à son libre cours, et ne se soumettant à aucun traitement, sont, pour ainsi dire, constamment imprégnés de vérole. Or, cette maladie pouvant être transmise à toutes les périodes de son évolution, et même, paraît-il, dans les cas où il n'existe plus de symptôme apparent, les exemples de cette transmission doivent être fréquents.

Si dans nos hôpitaux ils ne se montrent que rarement, on ne peut l'expliquer que par la grande mortalité qui pèse sur les enfants ainsi infectés. Ces petits êtres, dénués de tout soin et livrés aux seules ressources de la nature, succombent probablement dans les tribus dès les premiers mois de la naissance. J'ai eu l'occasion pourtant d'en traiter quelques-uns. J'ai parlé précédemment de ces nourrissons malades qui entraient avec leur

mère dans nos salles, et qui nous présentaient cet état d'amaigrissement et de décrépitude si caractéristiques.

J'ai vu de jeunes enfants de 1 à 4 ans atteints de plaques muqueuses, de syphilides, d'ulcération ou de perforation du voile du palais, de carie et d'exostoses. Quelques-uns de ces cas se rapportaient sans doute à la syphilis acquise engendrée par la contagion des accidents secondaires. J'ai signalé l'insouciance et l'incurie des femmes arabes, qui, atteintes d'ulcérations à la mamelle, n'en continuent pas moins l'allaitement. Dans les tribus, les jeunes Arabes communiquent librement les uns avec les autres, jouent entre eux ; et notez qu'ils sont toujours presque nus. Il doit résulter de ce mélange impur une contamination qui se propage rapidement, ainsi qu'on l'a vu dans notre pays, où un seul enfant malade infecte plusieurs familles d'un même village.

J'ajouterai à ces considérations que la syphilis m'a paru exister chez les indigènes à l'état de diathèse. Cette diathèse, susceptible de se transmettre par voie d'hérédité, peut demeurer, pendant un temps plus ou moins long, latente, jusqu'à ce que des causes favorables viennent en provoquer la manifestation extérieure. Elle se révélerait alors par des lésions cutanées, suivies d'accidents tertiaires. Ces accidents tertiaires eux-mêmes pourraient se produire d'emblée. Je ne puis m'expliquer autrement l'existence d'exostoses signalées chez de jeunes enfants qui ne présentaient aucune trace de lésions à la peau, et qui, au dire des parents, n'avaient jamais offert d'autres accidents, ou bien encore la présence de la vérole chez des adolescents qui ne s'étaient pas exposés à la contagion. Ces faits pourront être révoqués en doute par les positivistes qui ne se rendent qu'à l'évidence ; mais ils se présentent assez fréquemment en Algérie pour qu'il faille en tenir compte.

Cette hypothèse d'une diathèse syphilitique latente me permettra également d'expliquer certains accidents des plaies qu'on ne parvient à guérir que par l'emploi des préparations mercurielles. J'ai traité, en 1860, un Arabe âgé d'une trentaine d'années, vigoureusement constitué, et paraissant jouir d'une excellente santé, pour un coup de feu au tiers supérieur de la face externe de la jambe droite. Il existait, à ce niveau, une plaie de 6 centimètres d'étendue, irrégulière, allongée, pâle, grisâtre, fournis-

sant un pus séreux, mal lié, et n'ayant aucune tendance à la cicatrisation. Après deux mois d'un traitement persévérant par le styrax, le vin aromatique, la décoction de quinquina, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, et les bandelettes de diachylon à demeure, nulle modification ne s'était produite, et mon malade, impatienté, réclamait sa sortie. Aucune lésion ne m'indiquait chez lui l'action du virus syphilitique, et pourtant, à bout de ressources, je songeai finalement à l'administration du protoiodure de mercure. Quinze jours après, cette plaie si rebelle avait sensiblement diminué, et se trouvait complétement cicatrisée en moins de six semaines.

Plusieurs exemples de syphilis congénitale tardive ou masquée ont été empruntés à divers auteurs, et relatés par M. Diday dans son ouvrage sur la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Ainsi M. Ricord, à la séance de l'Académie de médecine du 8 octobre 1853, disait : « J'ai en ce moment même, dans mon service, un jeune homme de 17 ans qui n'a vu éclore qu'à cet âge les symptômes d'une syphilis tertiaire provenant de ses parents. J'ai vu des sujets chez qui la vérole héréditaire ne se manifestait qu'à l'âge de 40 ans. » Dans une leçon faite à l'hôpital Sainte-Eugénie, à l'occasion d'une ostéite naso-palatine, avec destruction du voile du palais causée par la syphilis héréditaire chez une jeune fille de 14 ans, ce savant maître soutient la même opinion. (*Gazette des hôpitaux*, 10 juillet 1862.)

Des faits analogues ont été observés par Balling, Friedlander, Rosen, Bell, et par M. Cazenave. Après les avoir cités, le célèbre syphilographe lyonnais, qui ne paraît pas éloigné d'accepter cette doctrine, ajoute (1) : « Pour être aussi probants qu'ils peuvent l'être, les faits de cet ordre doivent remplir trois conditions : 1° Il faut que l'absence d'antécédents vénériens locaux chez le sujet soit constatée par un examen attentif; 2° il faut que la nature des lésions qu'il présente soit démontrée être syphilitique; 3° il faut qu'on sache si ses parents, au moment où ils l'ont engendré, se trouvaient à même de lui transmettre la syphilis. » On pourrait, j'en ai l'intime conviction, réunir, en Afrique, un certain nombre de faits qui rempliraient ces trois conditions.

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, p. 192; Paris, 1854.

Pronostic. — Cette esquisse rapide de la syphilis chez les Arabes nous montre la marche de cette affection en dehors de toute influence mercurielle. Ici, le mercure doit être exonéré des graves accusations qui ont été portées contre lui en d'autres lieux ; car je ne sache pas qu'il soit employé par les indigènes dans le traitement de cette affection, ou du moins il ne l'est qu'exceptionnellement. Cette étude nous révèle, en outre, que la syphilis n'est pas modifiée favorablement par les climats chauds, ainsi qu'on l'a soutenu d'après l'opinion de Samuel Cooper, et les observations de Ferguson, en Portugal, et dans les Indes occidentales ; que, livrée à son libre cours, elle n'en suit pas moins une marche fatale, et développe à nos yeux le triste cortége de ses symptômes et de ses lésions les plus graves. C'est donc, en un mot, la syphilis forte qui domine en Algérie, tandis que la syphilis faible est pour ainsi dire exceptionnelle, et se dérobe à notre observation. On m'objectera, sans doute, l'action nuisible des mauvaises conditions hygiéniques de la plupart de nos malades. Je suis loin de contester la réalité de cette influence. Mais suffisent-elles pour expliquer toute la gravité du mal ? Je ne le pense pas.

La vérole n'a probablement pris chez les indigènes de l'Algérie des proportions si effrayantes que parce qu'ils ne se soumettent à aucun traitement, qu'ils n'adoptent aucune mesure pour s'opposer à sa propagation, et que les parents ne cessent de transmettre à leurs descendants ce funeste héritage.

Cette transmission par voie d'hérédité, n'explique-t-elle pas pourquoi cette maladie arrive à conserver toujours intacte la même intensité ? Le virus syphilitique implanté dans l'organisme de l'enfant ne trouve-t-il pas à se régénérer sans cesse, sous l'influence des forces vitales si énergiques à cette époque de la vie ? M. Diday insiste complaisamment, dans ses différents travaux, sur la puissante activité de la syphilis congénitale.

Pour mon compte, je suis très-disposé à reconnaître cette influence. En 1858 et 1859, je pratiquai à Alger 200 revaccinations sur des militaires du 90e de ligne auquel j'étais attaché comme médecin-major. Le premier vaccin que j'inoculai fut recueilli sur le bras d'un jeune enfant. J'obtins tout d'abord des résultats très-favorables, puisque, sur des séries de 10 sujets, je comptais

6 ou 7 succès complets. Mais je remarquai bientôt que, par suite des transmissions successives d'adulte à adulte, le nombre allait diminuant de jour en jour, à tel point que je n'eus plus que des boutons de fausse vaccine. Pour reproduire les premiers résultats, je fus obligé de renouveler le vaccin en le prenant chez un enfant. Le même fait se manifesta plusieurs fois pendant la durée de la revaccination.

Ce fait a une certaine valeur à mes yeux, et je crois pouvoir l'invoquer à l'appui de la thèse que je soutiens. Ce qui a lieu pour le virus vaccin est parfaitement applicable au virus syphilitique. Il est incontestable que les principes contagieux, même les plus actifs, subissent de la part de l'organisme une élaboration spéciale, une transformation qui peut aller jusqu'à leur complète destruction, puisqu'ils sont parfois absorbés sans déterminer ni symptômes ni lésions. L'observation clinique a, d'ailleurs, démontré que chez l'enfant le virus syphilitique jouit d'une énergie spéciale. De là, cette altération profonde de la constitution, ces lésions organiques des viscères, et cette effrayante mortalité qui pèse sur lui. De là, sans doute aussi, ces accidents graves transmis aux nourrices, et qui se communiquent avec tant de rapidité à plusieurs familles d'une même localité.

Si ces accidents sont plus rares en France et dans les autres contrées de l'Europe, il faut bien le reconnaître, c'est parce qu'on oppose au fléau envahisseur un traitement méthodique et certaines mesures de prophylaxie.

Traitement. — Malgré l'opinion contraire de Joseph Hermann, de Lorinser et de quelques autres antimercurialistes de l'Allemagne et de l'Angleterre, je crois fermement que le mercure, employé dans de justes bornes, peut seul triompher des graves désordres que nous venons de signaler. L'efficacité si souvent constatée de ce précieux médicament, en présence des ulcérations les plus profondes de la bouche et du voile du palais, la rapidité de la cicatrisation de vastes ulcères serpigineux de la verge et des membres, me le font considérer comme un moyen véritablement héroïque.

C'est à l'aide des préparations mercurielles employées à l'intérieur et à l'extérieur que j'ai toujours combattu, avec succès, les

accidents secondaires, et c'est par l'iodure de potassium que j'ai traité les accidents tertiaires. Je n'ai point hésité à faire suivre aux jeunes Arabes le traitement mercuriel direct. J'ai vu des enfants à la mamelle, en proie à l'émaciation et à la cachexie, supporter parfaitement le bichlorure de mercure à la dose de 1 ou 2 milligrammes, associé à une ou 2 gouttes de laudanum. Au bout d'une quinzaine de jours, les jeunes malades reprenaient de la vivacité, de la vigueur, de l'embonpoint, et semblaient renaître à la vie.

J'ai trouvé, à mon arrivée à Ténez, la formule d'une pommade que l'on emploie depuis plusieurs années, et dont la consommation est considérable. Elle est avantageusement connue des Arabes qui ne manquent guère de la réclamer une fois qu'ils en ont fait usage. C'est la pommade au bioxyde de mercure :

Oxyde rouge de mercure.	1 gram.
Axonge.	20 —

Sous l'influence de cet excellent topique, les ulcérations les plus profondes ne tardent pas à se déterger, à se couvrir de bourgeons vermeils, et à marcher vers la cicatrisation.

J'ai eu recours, dans certains cas, à la pommade au perchlorure de fer :

Perchlorure de fer.	5 à 10 gram.
Axonge.	30 grammes.

Elle m'a paru surtout utile chez les individus cachectiques porteurs d'ulcérations blafardes, indolentes.

C'est avec le nitrate acide de mercure que j'attaquais les ulcérations tuberculeuses, et c'est par le fer rouge que je traitais le phagédénisme. Le premier topique est très-douloureux et redouté par les Arabes. Ils lui préfèrent le feu dans lequel ils ont la plus grande confiance, et qu'ils appliquent fréquemment dans les tribus à titre de remède souverain contre une foule de maux.

Les bains simples, les bains alcalins, sulfureux et mercuriels, trouvent ici de nombreuses indications. Ils sont, d'ailleurs, acceptés avec plaisir par les malades qui n'en font guère usage en dehors de l'hôpital.

Mercure et iodure de potassium, tels sont les deux médicaments par excellence, et qui m'ont paru produire merveille dans

la médecine des indigènes. Chez eux, l'organisme est pour ainsi dire vierge de tout traitement, et il n'est pas étonnant que ces deux puissants modificateurs jouissent d'une si grande efficacité.

Je dois ajouter, toutefois, que la bonne hygiène de l'hôpital, l'alimentation réparatrice, les soins de propreté, les pansements méthodiques, contribuent, pour une large part, à cette rapide amélioration.

Au bout de quelques jours, nos malades se trouvent dans un état si satisfaisant qu'ils se considèrent comme entièrement rétablis, et qu'ils réclament avec instance leur sortie. C'est ce qui nous explique la fréquence des récidives et la chronicité de leurs maladies. J'étais parfois obligé de lutter opiniâtrément contre cette impatience des indigènes qui, en général, ne manifestent aucune répugnance pour les médicaments que je faisais prendre, autant que possible, pendant ma visite et sous mes yeux. Ils finissaient néanmoins par s'accoutumer graduellement à cette réclusion, et à ce genre de vie si peu conformes à leur mœurs et à leurs habitudes. J'en ai conservé quelques-uns plusieurs mois dans mon service.

Peut-on espérer de faire disparaître un jour cette plaie qui dévore une grande partie de la population indigène? Il est permis d'en douter, par ce qui se passe dans notre pays où, malgré les moyens de prophylaxie et de répression, la syphilis n'en continue pas moins ses ravages dans la population civile et dans l'armée. En Algérie, il est impossible de songer à l'emploi des mêmes mesures. On doit, du moins, s'attacher à limiter les progrès d'un pareil fléau. Pour cela, il me paraît indispensable de multiplier les consultations près des bureaux arabes où les indigènes viennent, chaque jour, régler leurs intérêts et leurs différends. Ils y trouveraient, en même temps, les conseils et les médicaments nécessaires au soulagement de leurs maux.

Mais il faut, avant tout, favoriser l'admission des malades dans les hôpitaux. En 1862, le chiffre des indigènes admis à l'hôpital de Ténez a été sensiblement inférieur à celui des années précédentes. Cela tenait à la mesure qui avait été prise de faire rembourser aux malades jouissant d'une certaine aisance les frais de traitement, et de ne recevoir que ceux dont les affections n'entraîneraient pas un trop long séjour. Or, il suffit de jeter un coup

d'œil sur les accidents que j'ai signalés précédemment pour se convaincre qu'ils ne peuvent être traités d'une manière efficace et complète que dans les établissements hospitaliers.

Les Arabes, entraînés par une aveugle confiance, sont persuadés que l'absorption de quelques drogues est suffisante pour les guérir en peu de jours. Ils se présentent à la consultation, étalent aux yeux du médecin de profonds ulcères, des accidents de syphilis invétérée, emportent avec eux quelques doses de mercure ou d'iodure de potassium, et ne reparaissent plus. Rentrés dans leurs tribus, ils conservent sur le corps leurs sâles vêtements, ne prennent aucun repos; ils n'ont, d'ailleurs, ni bains de propreté, ni bains médicamenteux, ni linge, ni charpie pour faire les pansements nécessaires. Dans de semblables conditions, la guérison n'est pas possible, et ce serait un vain rêve que de songer, en Algérie, aux soins donnés à domicile.

Conclusions. Je terminerai ce travail par les conclusions suivantes :

La syphilis exerce de grands ravages chez les indigènes de l'Algérie.

Les accidents primitifs y sont rares et échappent à notre observation.

Les accidents secondaires et tertiaires se présentent le plus souvent dans les bureaux arabes et dans les hôpitaux.

La contagion de cette maladie par les accidents secondaires, et sa transmission par voie d'hérédité me paraissent être deux modes de propagation plus fréquents que dans notre pays.

Le mercure et l'iodure de potassium sont des moyens puissants, très-efficaces et absolument indispensables.

Pour arrêter les progrès de ce redoutable fléau, il faut, avant tout, favoriser l'admission des indigènes dans nos établissements hospitaliers.

Paris. — A. PARENT, Imprimeur de la Faculté de Médecine, r. Monsieur-le-Prince, 31.

